

Regionrapport Preventiv Kvinnohälsovård 2017

Introduktion

Den regionala gruppen för preventiv kvinnohälsovård bildades i december 2008.

Syftet med gruppens arbete är att göra fördjupade analyser och arbeta fram förbättringsmöjligheter av de i verksamheten ingående delarna såsom mödrahälsovård, föräldrastöd, familjeplanering, preventivmedelsrådgivning och cervixcancerprevention.

Siffror i 2017 års rapport baseras på uppgifter framtagna ur graviditetsregistret, obstetrixliggaren samt rapport från respektive verksamhet, se under respektive diagram för källhänvisning.

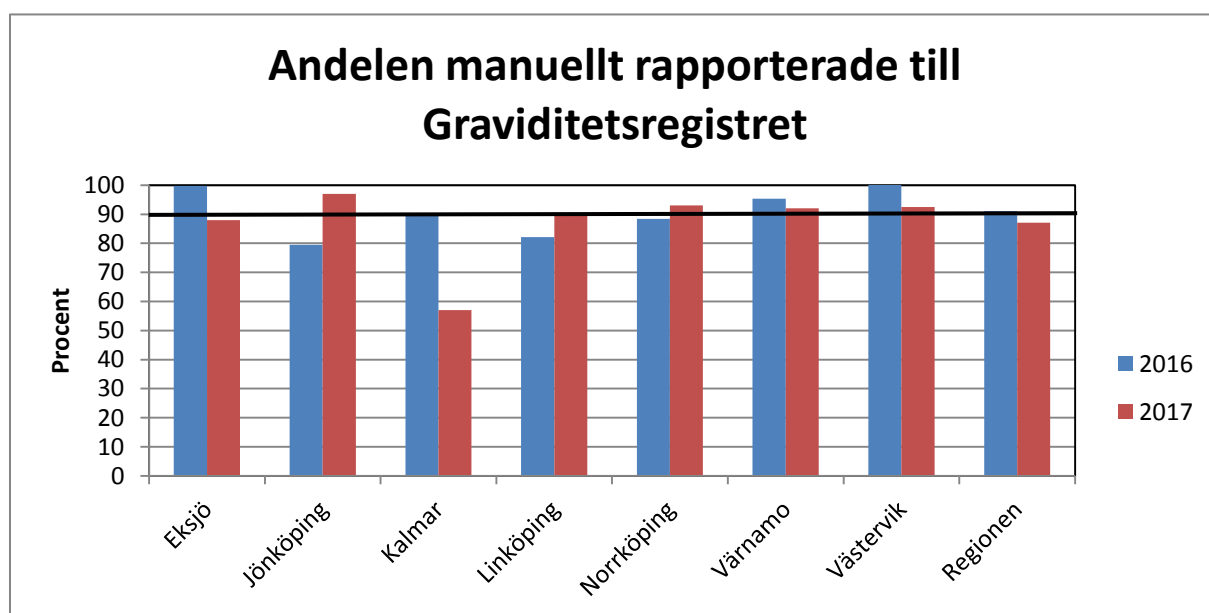
Under 2014/2015 genomfördes en nationell sammanslagning av flera olika register. Det gamla mödrahälsovårdsregistret inkluderades i ett graviditetsregister tillsammans med förlossnings- och fostermedicin data. Historiska data är sedan 2015 utbytta jfr med tidigare rapporter, då all data genererats centralt där källan är graviditetsregistret. Under vissa tidsperioder har västra + centrala Östergötland rapporterats som en enhet beroende på hur datauttaget sett ut vid den tidpunkten.

År 2017 förlöstes 12037 gravida kvinnor i Sydöstra regionen, av dessa förvårdades 81% (9786 inskrivna) på regionens mödrahälsovårdscentraler enligt Obstetrix liggaren. Variationen mellan regionens enheter är 69-88 %. En möjlig felkälla i siffrorna är att förlossningsantalen innefattar alla förlösta patienter ex. turister eller riskgravida från andra orter som inte är inskrivna på förlossningsortens MVC.



IT-samordnare Meg Wigmo

Hälsovård i samband med graviditet

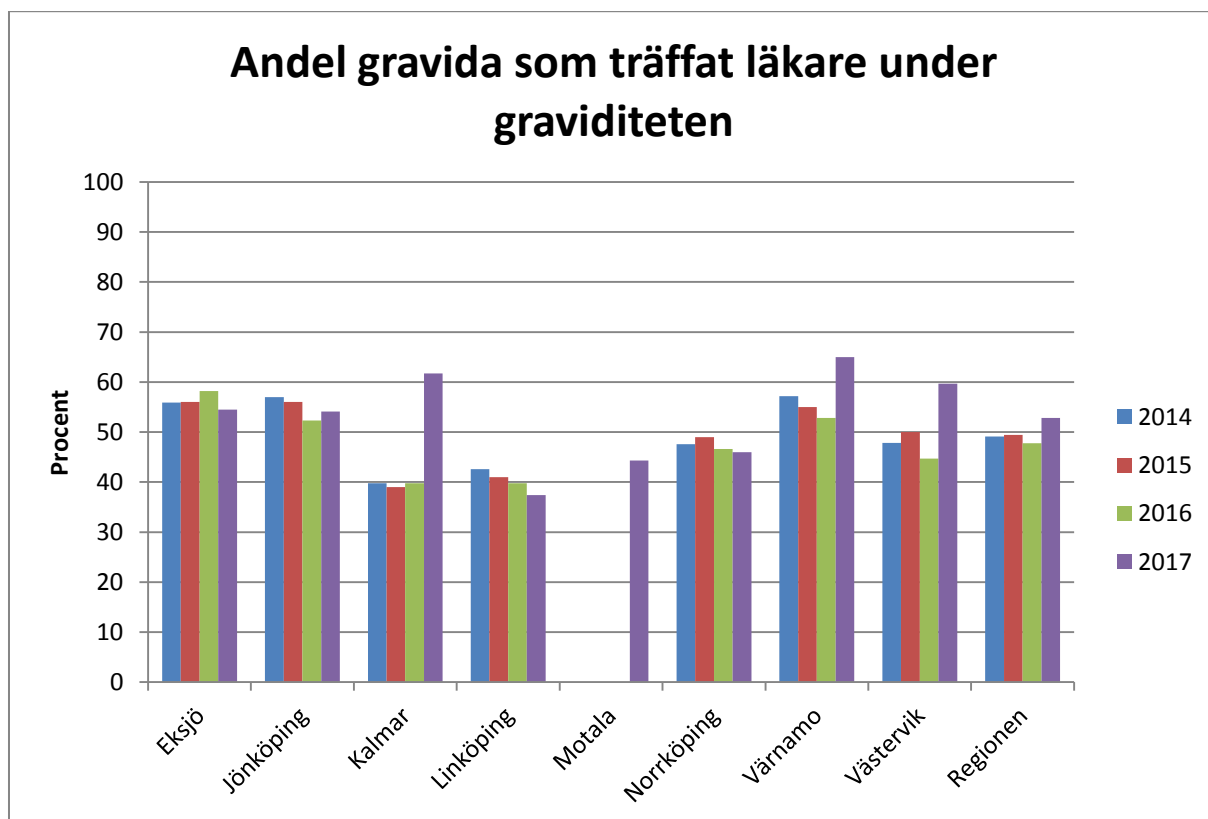


Målvärde 90%

Källa: Graviditetsregistret

*När rapporten skrivs är det problem med överföringen till graviditetsregistret varför siffrorna för Kalmar är osäkra.

Graviditetsregistret är ett nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård, fosterdiagnostik och förlossningsvård. Det är av stor vikt att samtliga parametrar anges i den gravida kvinnans journal för att säkert kunna tolka datauttag, identifiera förbättringsområden och följa förändring. Från och med år 2016 sker överföring av data till graviditetsregistret både manuellt och automatiskt från den gravida kvinnans journal i Obstetrix. I rapporten redovisas andelen manuellt rapporterade till registret då den manuella inmatningen är viktig för att säkerställa en korrekt tolkning av data. Vi tror att med upprepad feedback till de som matar in data kunna uppnå vårt mål på 90%.



Källa: Graviditetsregistret-manuellt inmatad

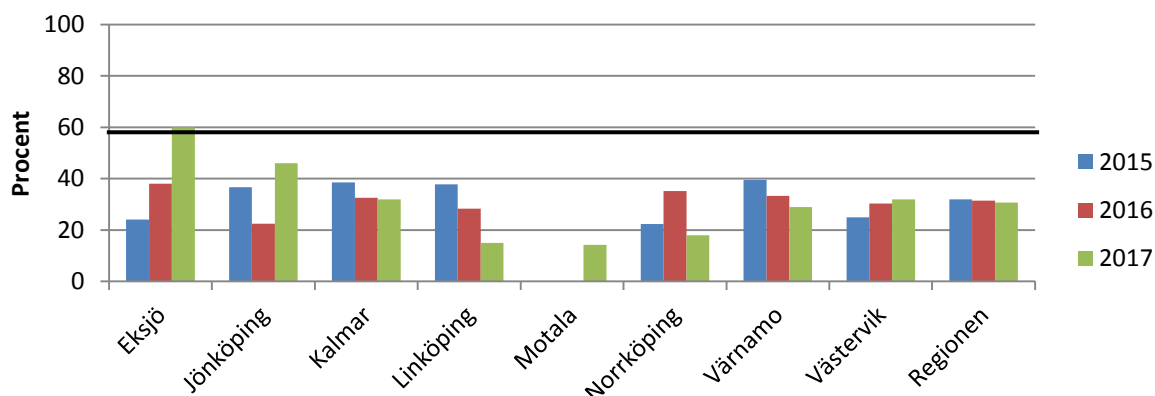
Tidigare år har vi undersökt medelvärdet av antal besök hos barnmorska under graviditeten. Mätningarna har varit konstanta över flera år vilket visat en stor följsamhet till det nationella basprogrammet.

Sedan 2014 har vi istället valt att titta på antal besök till läkare.

Variationen mellan orterna kan vara beroende av vårdtyngd, hur svårt sjuka patienter vi handlägger inom kvinnohälsan och tillgängligheten till läkartider. Hur organisationen är uppbyggd kan också påverka, t ex. att barnmorskan diskuterar patienten med läkaren istället för att sätta upp på ett personligt besök, så kallade ”konsultbesök”. Vissa läkarbesök görs på specialistmödravård, som kan vara organiserad under förlossningen.

I nästa årsrapport tar vi med antal läarkonsulter per inskrivna kvinnor.

Andel som slutat röka mellan hälsosamtalet/inskrivningen och graviditetsvecka 32



Målvärde 60%

Källa: Graviditetsregistret-automatgenererad

Med rökning menas daglig rökning, oavsett mängden cigaretter. För gravida och ammande ingår även mer sporadisk rökning. Rökning under graviditet innebär ökad risk för intrauterin tillväxthämning, intrauterin fosterdöd, ektopisk graviditet, missfall, prematurbörd, ablatio placenta samt plötslig spädbarnsdöd.

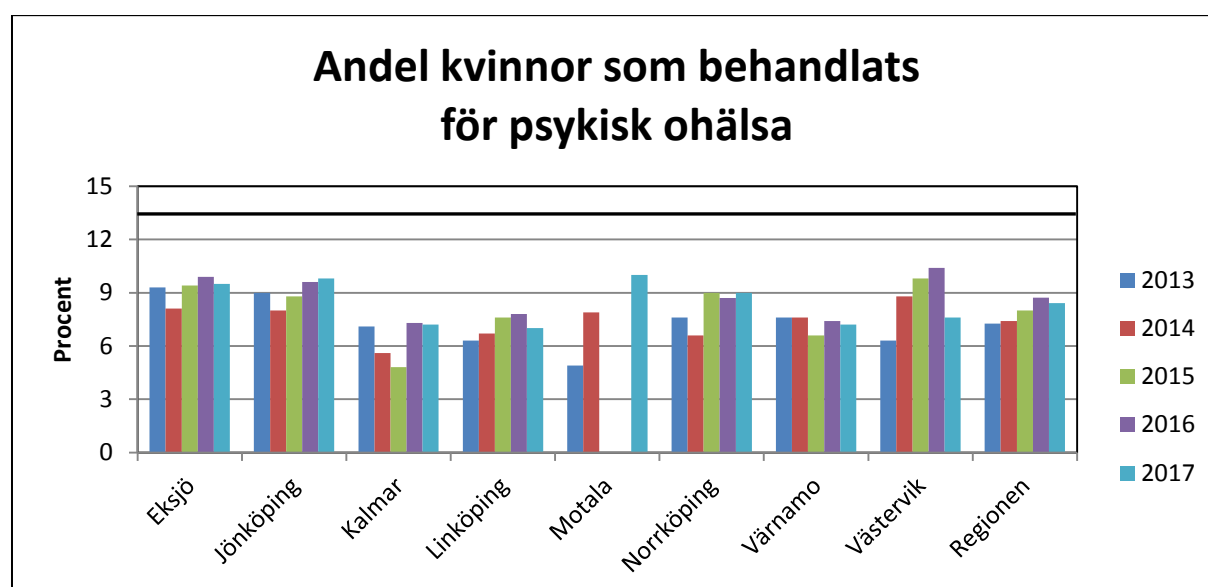
Nikotinhalt i blodet vid snusning är högre än vid rökning pga att nikotinet passerar fritt över till fostret. Risker att föda prematurt, att få preeklampsi samt intrauterin fosterdöd är ökad hos de som snusar under graviditeten.

Dessutom har det kommit nya tobaksprodukter på marknaden som vattenpipa och E-cigaretter. Vad gäller vattenpipa, kan enligt WHO, en röksession på en timme motsvara röken från 100 cigaretter. E-cigaretter innehåller rökvätskor som brukaren själv kan välja och dosera. Produktsäkerhetskontroll och kunskap om riskerna saknas, varför E-cigaretter idag inte rekommenderas som avvänjningsmetod.

Alla gravida kvinnor tillfrågas om tobaksbruk vid första besök (alternativt vid gruppinformation)/inskrivning hos barnmorska, liksom tobaksbruk i familjen (enkät med frågor om tobaksbruk i hemmiljön den senaste månaden, SICET II lämnas till patient). Motiverande samtal (MI) används för att motivera till tobaksfrihet. Information ges om tobakens negativa effekter på graviditeten liksom vad passiv rökning innebär samt att nikotinersättningsmedel ej rekommenderas. Fördjupat samtal erbjuds vid större tobaksbruk och bedömning görs ifall extra tillväxtultraljud i graviditetsvecka 32 ska göras. Som stöd för tobaksfrihet informeras kvinnan om "Sluta Röka Linjen", vårdguidens app-tjänst "Rökfri"

samt tillgängliga tobaksavvänjare. Enligt Medicinska födelseregistret registreras tobaksvanor vid tre tillfällen; tre månader före graviditet, vid inskrivningen i mödrahälsovården och i graviditetsvecka 30-32. Största andelen som slutar röka, gör det innan inskrivningen. I regionen har vi målet att få alla kvinnor att sluta röka mellan hälsosamtalet/inskrivningen och graviditetsvecka 32. Ett delmål är att 60% slutar under denna tid. Felkällan kan dock vara väsentlig då uppgifter om rökning saknas i graviditetsvecka 32 upp till ca 10% i vissa MHV-områden. .

Förbättringspotential; fler MI utbildade läkare och barnmorskor samt samarbeta med enheter som arbetar med tobaksavvänjning.



Målvärde: 14%

Källa: Manuellt inmatad data, graviditetsregistret.

Av socialstyrelsens kunskapsstöd fram går att psykisk ohälsa särskilt ska uppmärksammas inom mödrahälsovården. Psykisk ohälsa är bla associerat med ökad risk för försämrat graviditetsutfall, beteende- och motoriska störningar hos barnet samt svårigheter i det tidiga föräldraskapet.

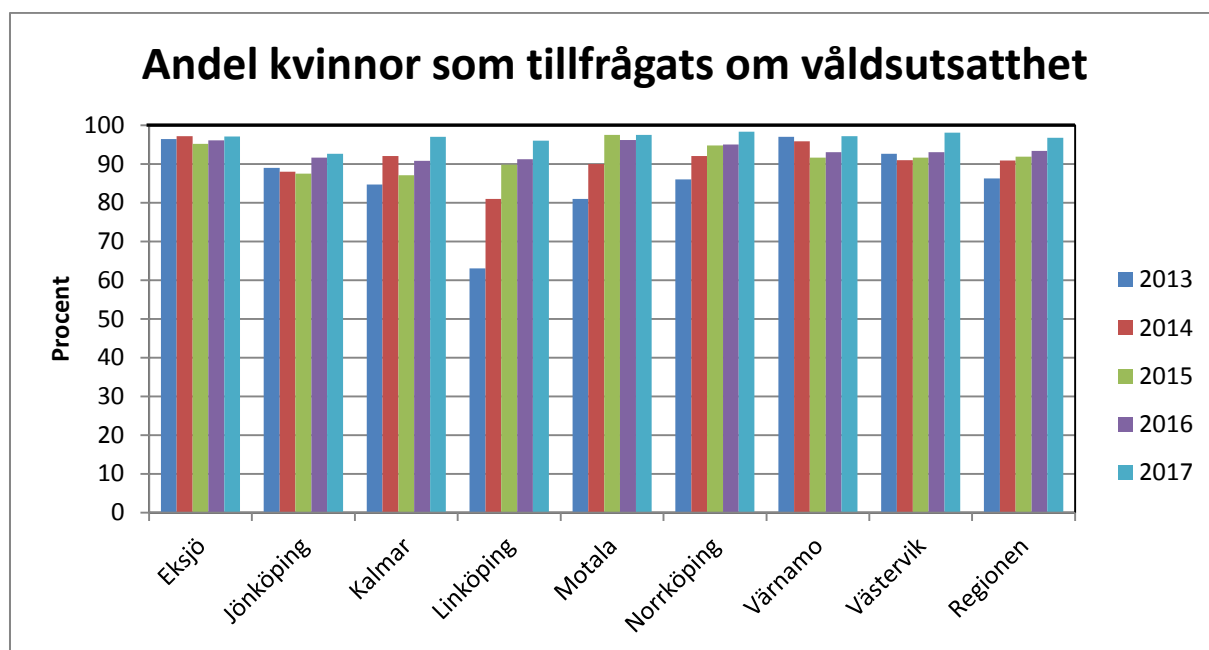
Var tredje kvinna mellan 16-24 år och var fjärde kvinna mellan 25-34 år lider av psykisk ohälsa i form av nedstämdhet, oro och ångest. MHV möter därför ett stort antal kvinnor med psykisk ohälsa. Enligt en svensk studie av L Andersson et al(AmJObGy 2003) förekom psykisk sjukdom hos 14% av de gravida kvinnorna.

Det är en utmaning att identifiera dessa kvinnor och troligen är gruppen med psykisk ohälsa underdiagnostiserad. Målet är att hitta alla för att kunna erbjuda en bra och effektiv behandling. Användningen av frågeformulär för att hitta symtom som kan bero på

depression/oro sker på olika sätt inom regionen och nya arbetssätt och samarbetsformer har utvecklats de senaste åren.

Behandlingen som avses i denna statistik gäller både medicinsk och psykologisk behandling under graviditeten oavsett vem som är vårdgivare (t.ex. mödrahälsovården, vårdcentralen) eller vem som har initierat behandlingen. Extra stödbesök hos patientansvarig barnmorska ingår dock inte.

Sedan 2006 har allt fler gravida kvinnor erhållit behandling för psykisk ohälsa under sin graviditet vilket även är trenden under de senaste 5 åren.



Källa: Graviditetsregistret

Mål: 100%

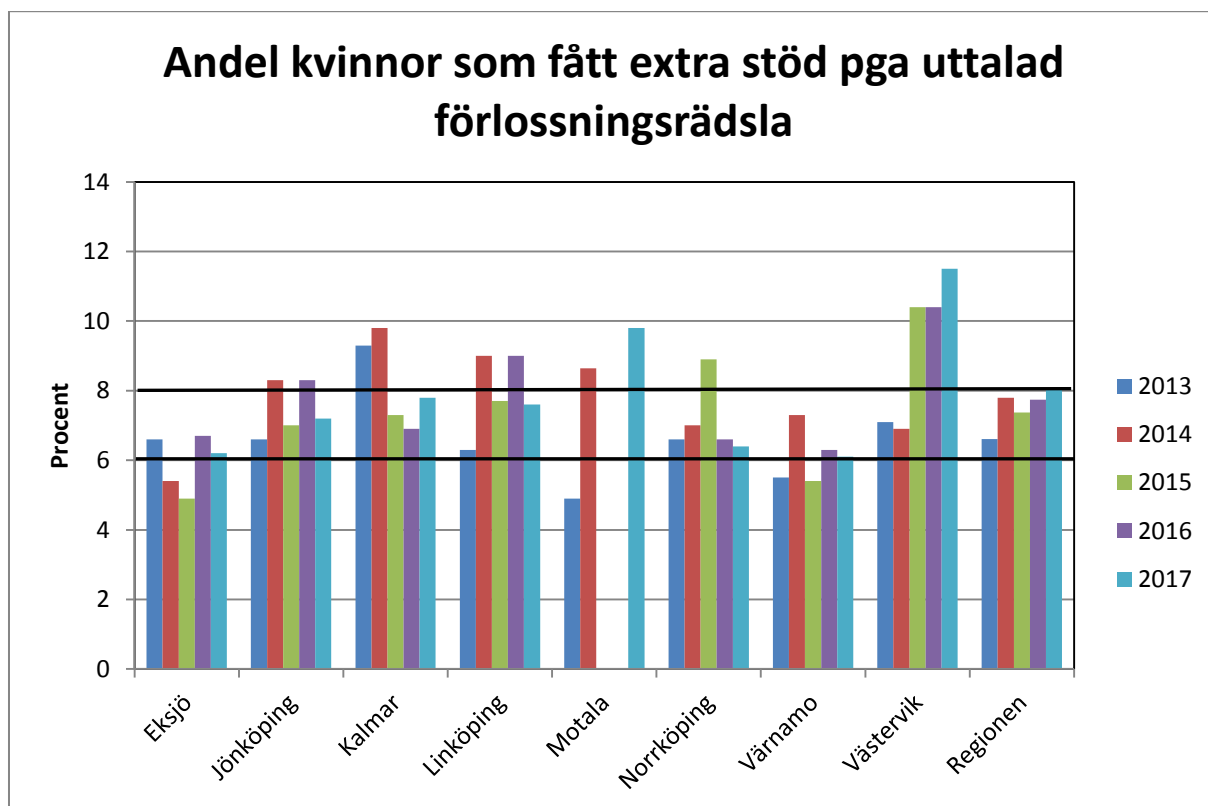
Många våldsutsatta söker hälso- och sjukvård på grund av olika symptom, men det framkommer inte alltid att de är utsatta eller tidigare utsatta för våld. Våld i nära relation är ett folkhälsoproblem med allvarliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser för den som utsätts, liksom för barn som bevittnar våldet. Våld i nära relation innefattar bl.a. våld från en partner, förälder eller annan omsorgsperson. Även hedersrelaterat våld med flera närstående inkluderas i detta begrepp där det finns ett emotionellt band som försvårar möjligheten till mostånd och uppbrott. Vidare kan våldet anta olika former som fysiskt, psykiskt, sexuellt och materiellt. Det kan också tillta i allvarlighetsgrad ju längre relationen pågår. Hos gravida kvinnor med erfarenhet av våld kan anpassningen till graviditeten och anknytningen till barnet

påverkas samt det kommande barnets hälsa. Att arbeta aktivt mot våld är en viktig del i mödrahälsovårdens uppdrag för att främja en god hälsa på lika villkor.

Frågan ”Har kvinnan någon gång under graviditeten tillfrågats om våldsutsatthet?” ingår i anamnesen vid första samtal/inskrivning inom mödrahälsovården för att upptäcka behov av stödjande samtal. Enligt basprogrammet ska den gravida kvinnan tillfrågas två gånger under graviditeten dvs i tidig graviditet vid första samtal/inskrivningen, men också i ca graviditetsvecka 32 eftersom våld kan debutera eller eskalera under en graviditet. Formuleringen av frågan ska kännas naturlig och förklara att våld kan vara fysiskt, psykiskt och sexuellt. Vid behov av tolk ska auktoriserad tolk, om möjligt, telefontolk användas.. Anhörig eller vän ska ej användas som tolk. Inom mödrahälsovården ska det också finnas en skriftlig rutin för omhändertagande av våldsutsatta och barn som bevittnar våld. För att bidra till en god och säker vård av kvinnan ska dokumentation göras.

Andelen tillfrågade kvinnor avseende våld dokumenteras och inmatas manuellt i graviditetsregistret för att sedan kunna följas som en kvalitetsparameter.

Förbättringspotential: Inom regionen har drygt 90 % av de gravida kvinnorna tillfrågats om våldsutsatthet och trenden visar att allt fler kvinnor tillfrågas för varje år från att initialt varit på en låg nivå. Målet är att alla gravida kvinnor tillfrågas, dvs 100%.



Målvärde 6-8 %

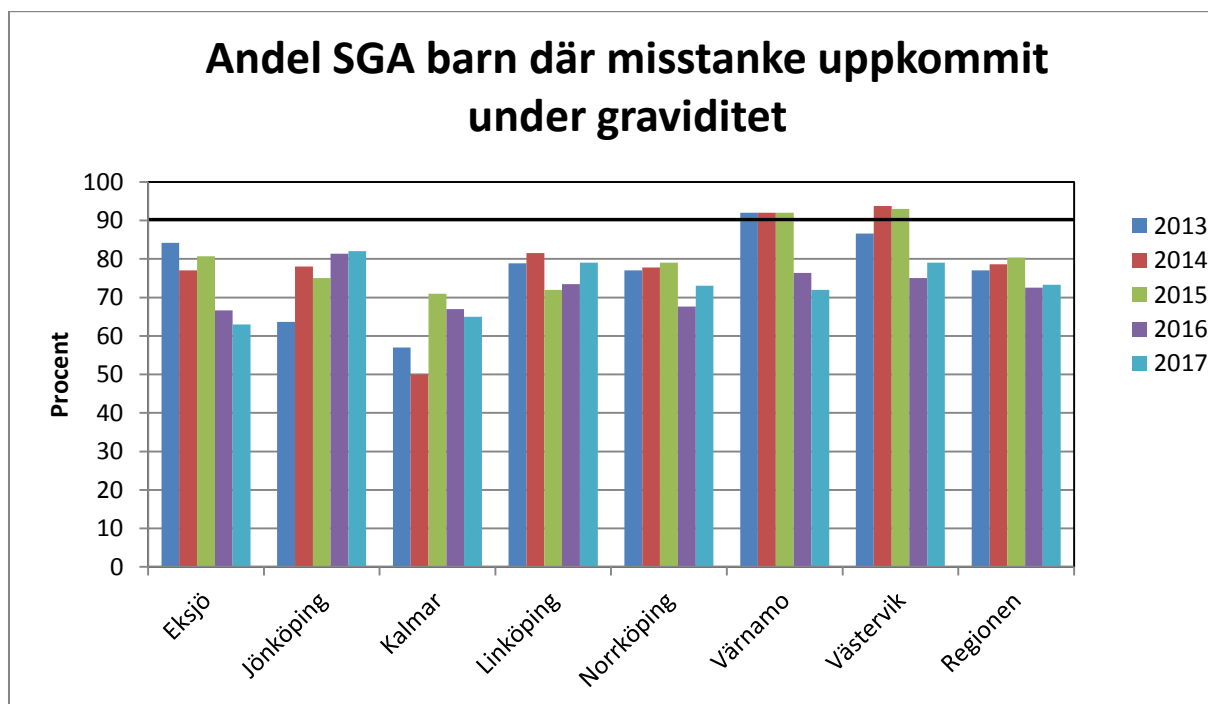
Källa: Graviditetsregistret manuellt inmatad data.

Mödrahälsovårdens ska erbjuda stöd till förlossningsrädda kvinnor, individanpassat, för att gynna anknytning och förlossningsupplevelse.

Lätt till måttlig förlossningsrädsla handläggs av barnmorskan på Mödrahälsovården. Stark förlossningsrädsla, som förekommer hos 6-8% av alla gravida, handläggs av Aurora/Nike/Amanda verksamhet.

2017 fick 8,1 % (6,1-11,5%) av gravida kvinnor i regionen extra stöd pga. förlossningsrädsla. Samtliga värden runt det föreslagna målvärdet. I län där siffrorna förändrats kan man fundera över tillgång till stöd och remitteringsförfarande samt hur man skiljer på lätt/måttlig och svår förlossningsrädsla.

Förlossningsrädsla är vanligare hos omfödelskor. Vi väljer att fortsätta följa stödåtgärder till hela gruppen förlossningsrädda gravida, för att bevaka såväl arbetsbelastning som att det erbjuds adekvat och jämlik vård.



Målvärde 90%

Källa : Obstetrixliggaren, antal barn med diagnosen P050 vid födelsen

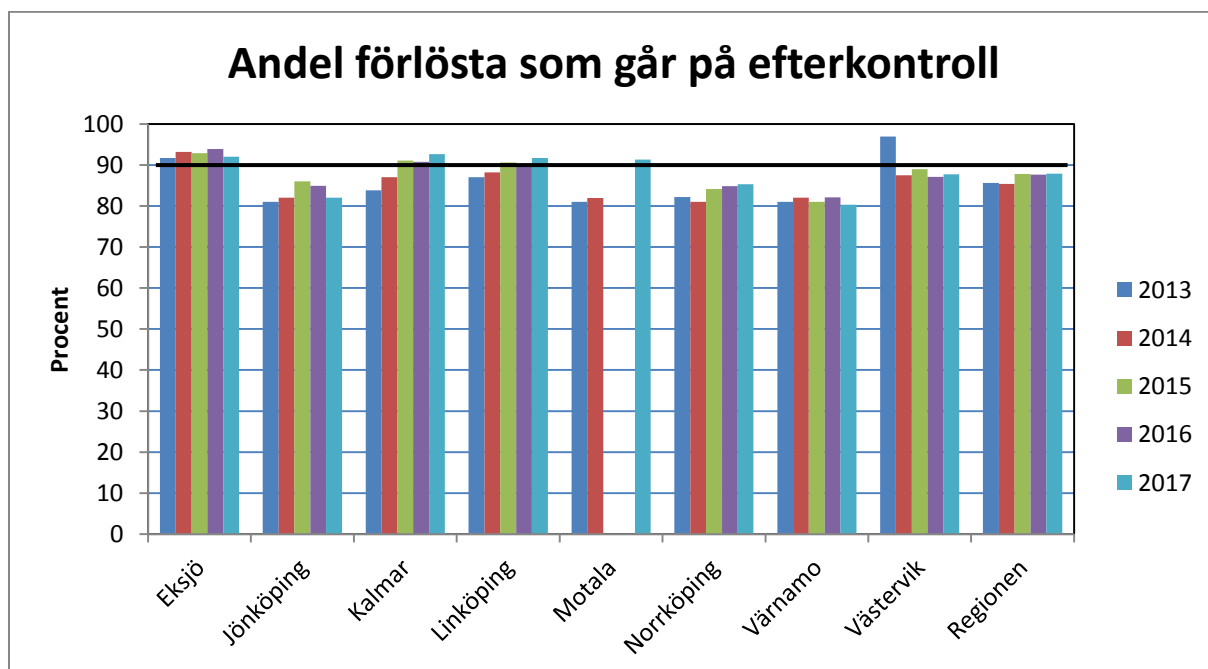
Antal födda SGA barn/ antal upptäckta

	Eksjö	Jönköping	Kalmar	Linköping	Norrköping	Värnamo	Västervik
2013	19/16	33/21	23/8	38/30	43/33	12/11	15/13
2014	13/10	37/29	32/16	38/31	36/28	26/24	16/15
2015	31/25	36/27	21/15	46/33	42/33	23/25	14/13
2016	36/24	43/35	15/10	49/36	34/23	17/13	12/9
2017	30/19	55/45	40/26	43/34	41/30	29/21	19/15

SGA-barn (small for gestational age) definieras som barn med vikt $<-2SD$ för graviditetslängden. Detektion av SGA är ett mått på kvalitén inom mödrahälsovården. Det är av största vikt att dessa grupper upptäckts under graviditeten då det ger ett förbättrat utfall under graviditet och vid förlossning samt en lägre morbiditet hos barnen jämfört de som diagnostiseras efter födelsen. Den regionala MHÖL gruppen har arbetat för att gemensamt definiera olika riskfaktorer/tillstånd till hjälp att upptäcka IUGR/SGA under graviditeten. Ultraljundsundersökning med viktskattning ska genomföras vid misstanke om tillväxthämning. Vi går årligen igenom de journaler där SGA inte upptäckts under graviditeten, för att lära och komma närmre vårt mål.

Stor vikt måste läggas på att vi upptäcker de extremt underviktiga, barn med vikt $<-3 SD$.

Inom regionen hade misstanke om SGA uppkommit i 74% (63-82%) av graviditeterna, där barnet sedan föddes SGA.



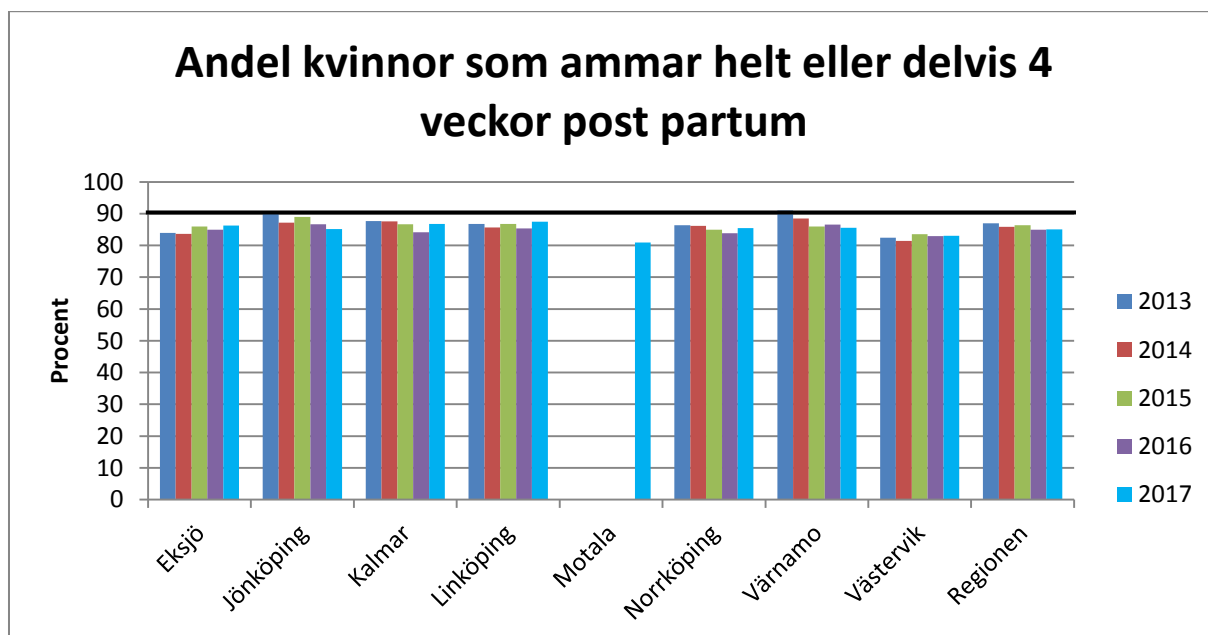
Målvärde 90%

Källa: Graviditetsregistret automatiskt.

Efterkontroll erbjuds alla förlösta kvinnor oftast inom 4 - 16 veckor postpartum. Detta besök är en uppföljning av kvinnans situation och hälsa efter fullföljd graviditet och förlossning. Besöket innefattar genomgång av förlossningen, erbjudande av medicinsk undersökning, diskussion om preventivmedel samt diskussion om livsstilsfaktorer. Besöket är speciellt viktigt för att finna de kvinnor som haft en komplicerad förlossning eller svår förlossningsupplevelse för att vid behov lotsa dem till vidare hjälp eller diskutera påverkan på ev. framtida graviditeter.

Inom Sydöstra sjukvårdsregionen kom 88% (80-93%) på efterkontroll. 2017 har 4/8 orter nått målvärdet.

Vi har i den regionala gruppen varit bekymrade över att så låg andel kvinnor kommer på efterkontrollen. Diskuterats har olika förslag för att de patienter som verkligen behöver komma, ska komma i högre utsträckning. Kan vi individualisera vården? Kan flerbörderskor med normalförlossning utan bristningar, erbjudas telefonuppföljning istället för besök? Med nytt fokus på bäckenbottensskador och rutiner på gång att undersöka bäckenbotten på alla kvinnor vid efterkontrollen, kan vi inte gå vidare med dessa idéer.

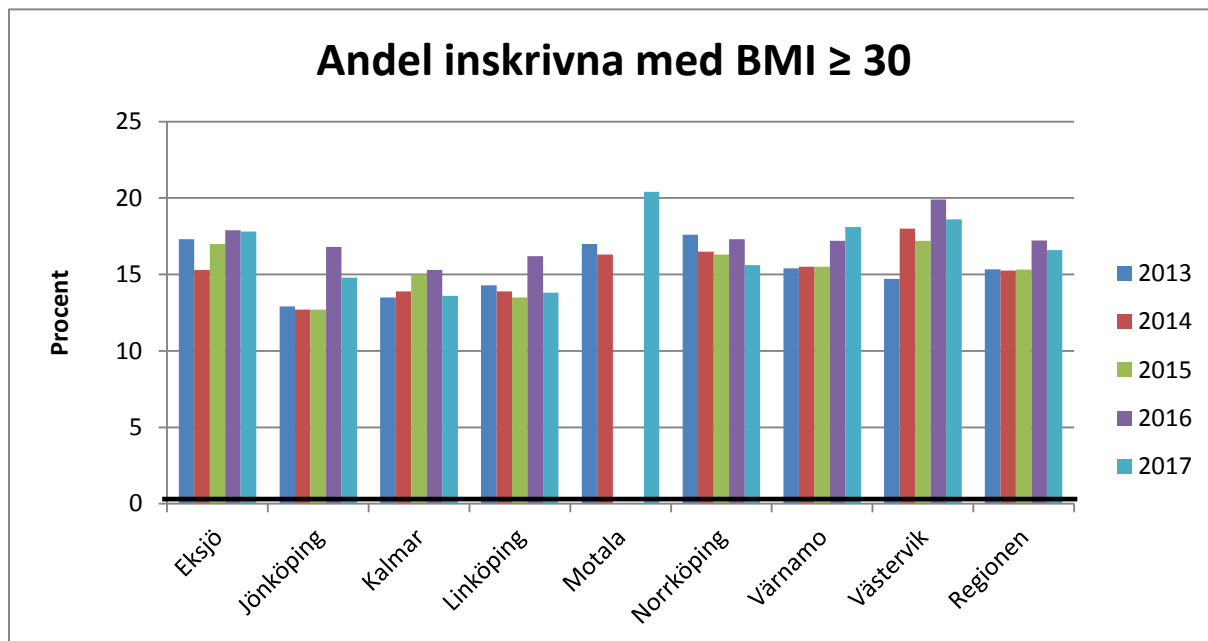


Målvärde >90%

Källa: Graviditetsregistret manuellt inmatad.

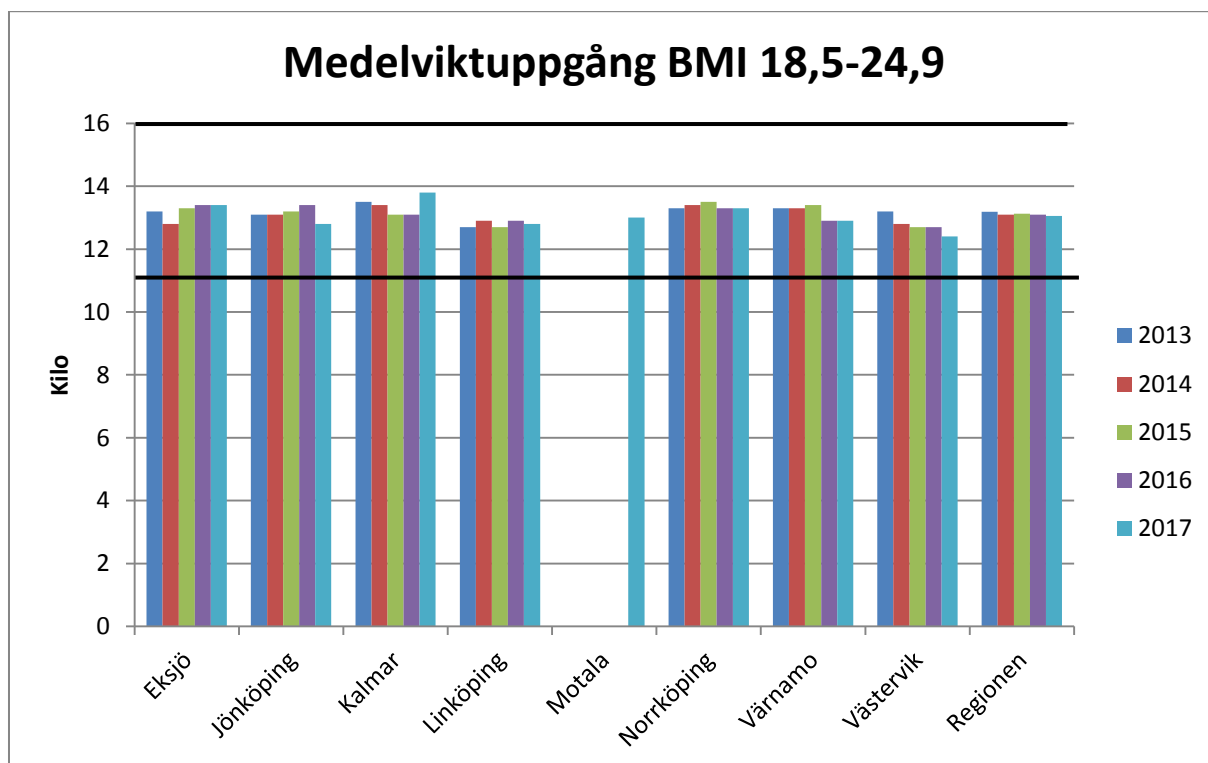
Det råder internationellt stor samstämmighet om att bröstmjölks är den bästa födan för spädbarn och WHO/Unicef, liksom svenska myndigheter, rekommenderar enbart amning under de 6 första månaderna. Varje mammas bröstmjölks är unik och anpassad till hennes barns behov. Bröstmjölks innehåller ämnen som stimulerar immunförsvaret och amning minskar barnets risk att insjukna i många av de vanligaste infektionerna. Även risken för plötslig spädbarnsdöd blir mindre. Amning hjälper kvinnan att snabbare återgå till pregravid vikt och kvinnor som ammat löper mindre risk att insjukna i diabetes mellitus typ 2, äggstockscancer, bröstcancer. Då amningen fungerar bra befrämjas anknytningen mellan mor och barn. 1-2 % av kvinnor kan av medicinska skäl inte amma. I Sverige läggs stor vikt vid att hälso- och sjukvård bedrivs med respekt för individens självbestämmande och integritet och detta gäller även amningsrådgivningen. Regionens mödravårdscentraler och förlossningskliniker följer WHO/Unicefs rekommendationer för amningsvänlig vård.

Målet är att 90% ammar vid 4 veckor efter förlossningen. Årets statistik på de olika enheterna varierar mellan drygt 80% och knappt 90%. De flesta som ammar vid 4 veckor ammar helt. Siffrorna har i flera år legat stabilt på den här nivån. För att vid behov kunna öka de amningsbefrämjande insatserna är det fortsatt viktigt att följa statistiken.



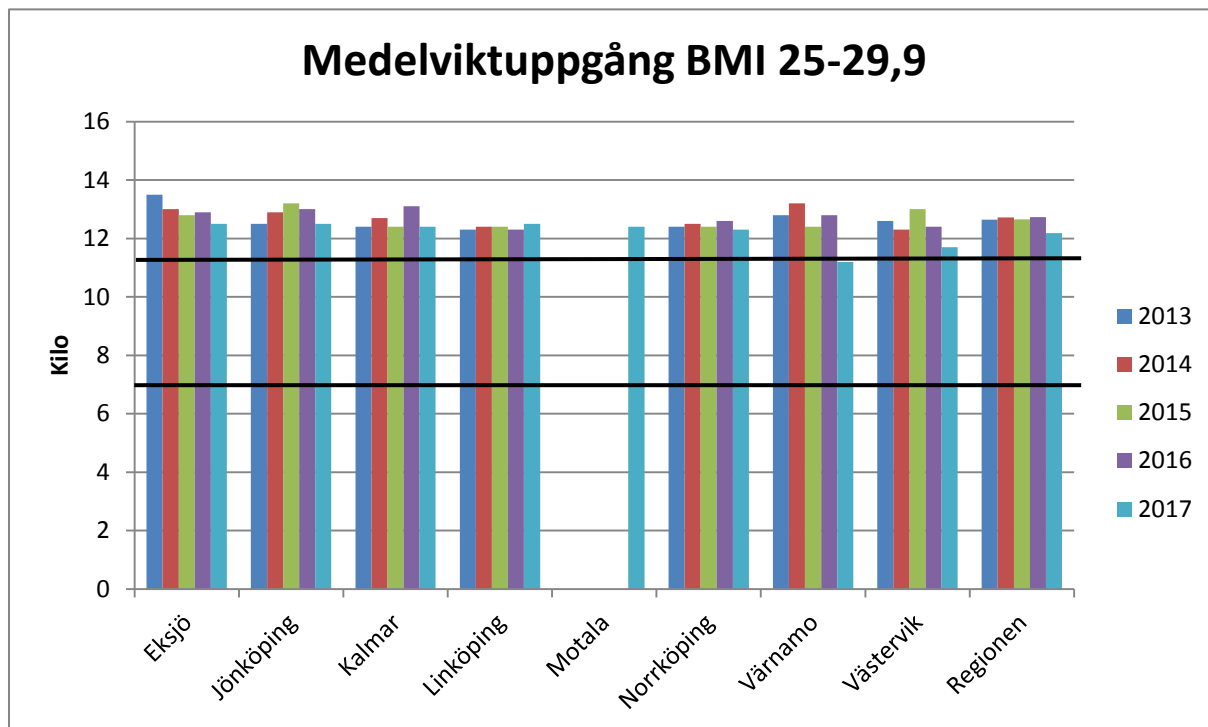
Målvärde: 0%

Källa: Automatöverförd data från MHV1, Graviditetsregistret.



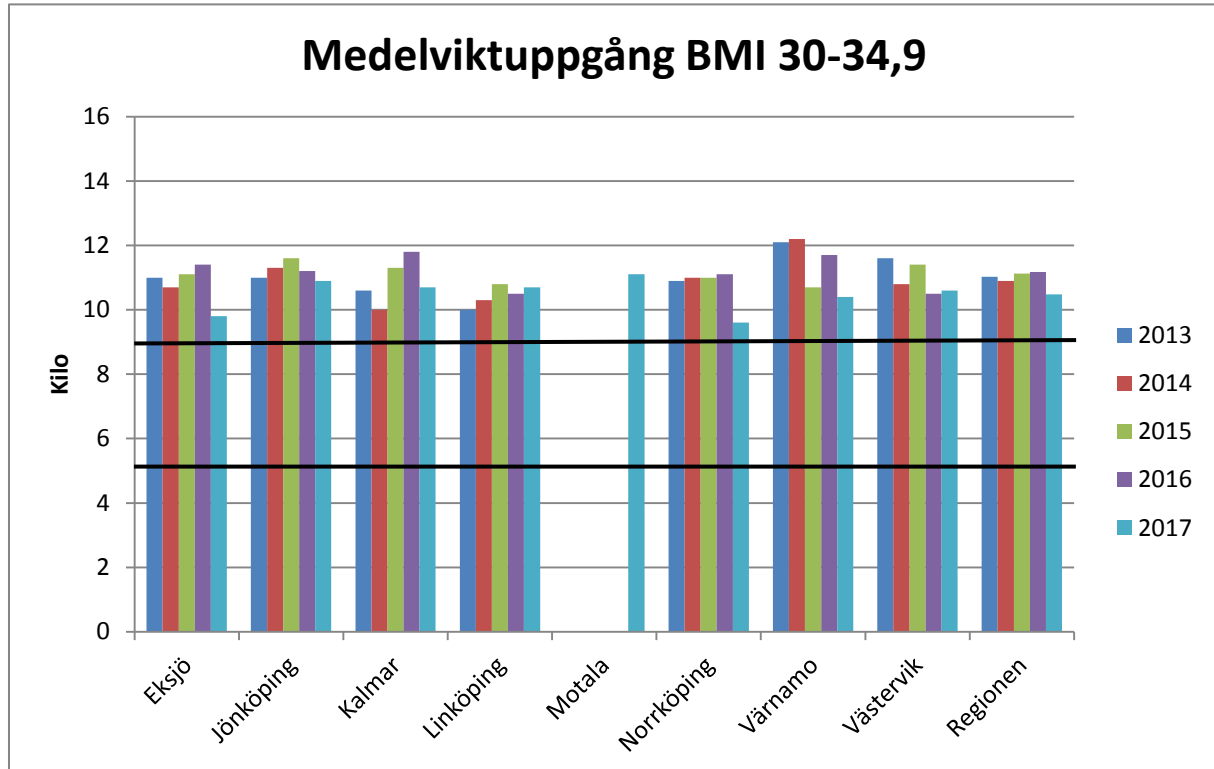
Målvärde: 11,5-16 kg

Källa: Graviditetsregistret MHV2 (första- sista vikten)



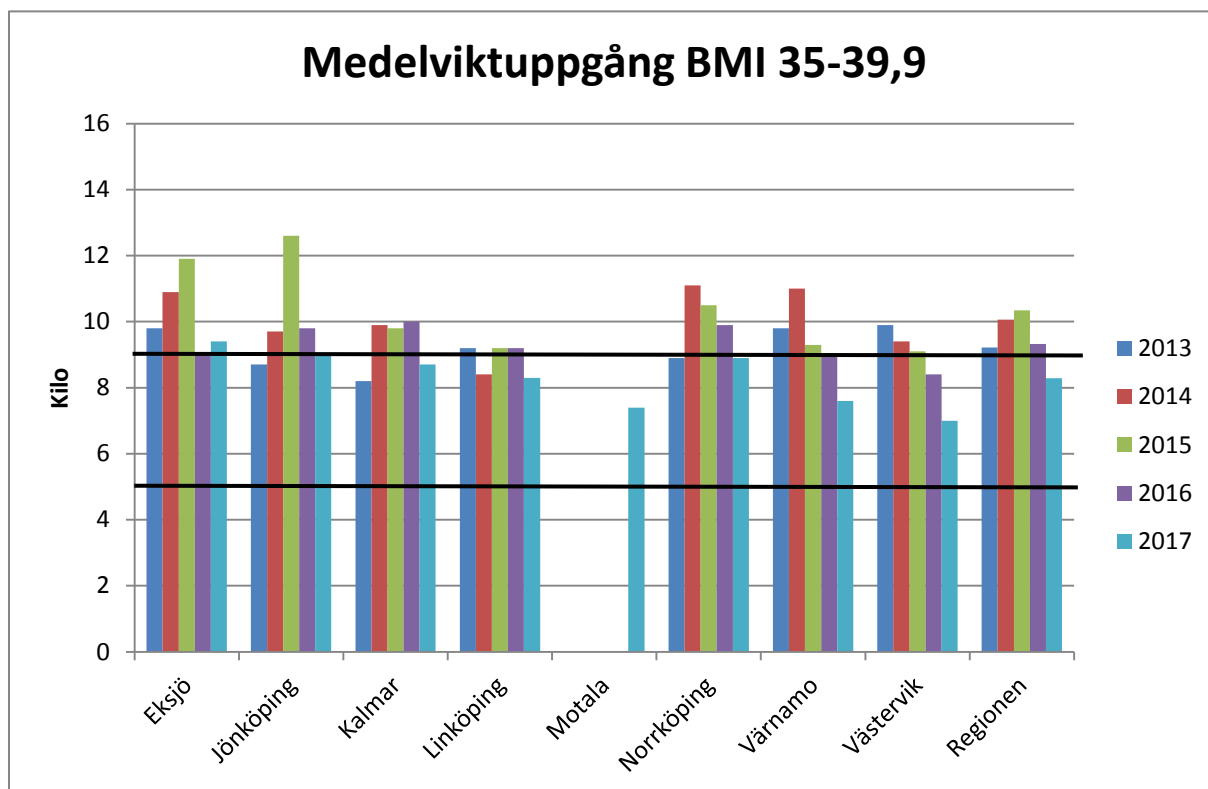
Målvärde: 6,8-11,4 kg

Källa: Graviditetsregistret



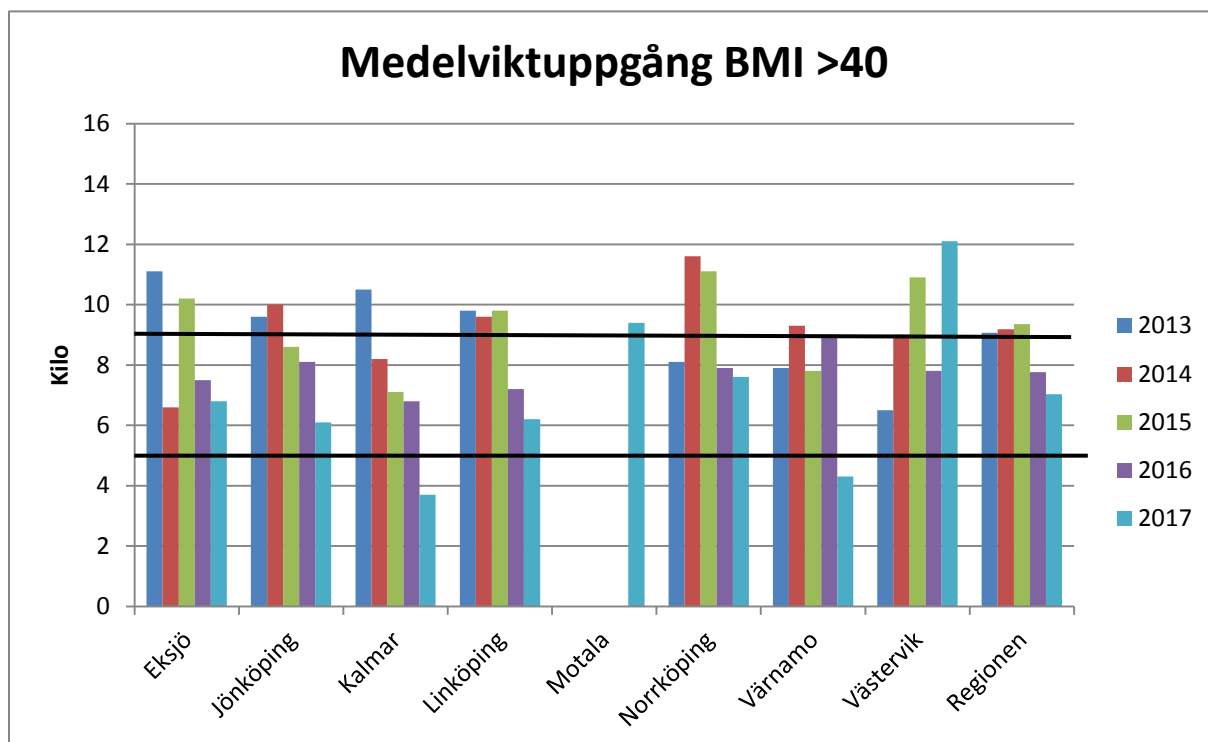
Målvärde: 5,0-9,1 kg, Fetma grad I

Källa: Graviditetsregistret



Målvärde: 5,0-9,1 kg, Fetma grad II

Källa: Graviditetsregistret



Målvärde: 5,0-9,1 kg, Fetma grad III

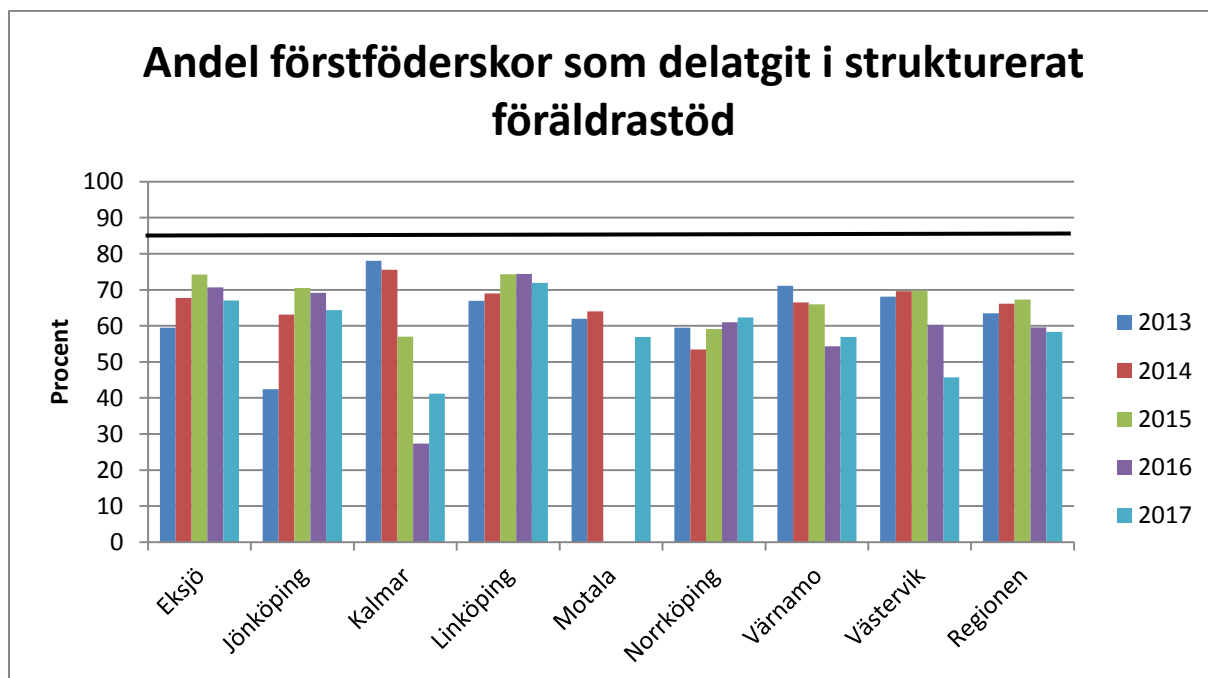
Källa: Graviditetsregistret

Den gravida kvinnans vikt kontrolleras enligt mödrahälsovårdens basprogram vid inskrivningen, i graviditetsvecka 10-14, 25, 32, 37 och vid efterkontrollen. Body Mass Index (BMI) skall räknas ut vid inskrivningen samt på efterkontrollen och kvinnan informeras om resultatet. Fetma definieras som BMI ≥ 30 och utgör en medicinsk riskfaktor för en rad negativa utfall dels för kvinnan under graviditet och förlossning men även för barnet.

Mödrahälsovården har i sitt folkhälsouppdrag till uppgift att arbeta förebyggande med åtgärder för att uppnå/bibehålla normal vikt före och efter graviditet. Riktade insatser i form av råd om livsstilsförändringar, kostintag och fysisk aktivitet sker kontinuerligt. Vikt och livstil diskuteras även med kvinnan vid ungdomsmottagningar samt vid preventivmedelsrådgivning

Även viktökning under graviditet hos kvinnor med fetma har betydelse för risken för negativt graviditets- och förlossnings utfall. Viktuppgång under graviditet i olika BMI klasser speglar mödrahälsovårdens arbete med att försöka förhindra ogynnsam och alltför stor viktuppgång under graviditet. Kvinnor inom alla BMI klasser bör upplysas om förväntad viktuppgång under graviditet, målvärdena i denna rapport kommer från IOM, institute of medicine.

Inom regionen hade 19% fetma vid inskrivningen jämfört med 14% av de gravida i hela riket. Inom gruppen med normal vikt, och fetma grad II-III ligger medelviktuppgången inom rekommenderad nivå. I grupperna med övervikt och fetma grad I överstiger viktuppgången den rekommenderade viktuppgången på samtliga enheter i regionen. I regionen bedrivs särskilda projekt för feta gravida och åtgärder mot detta mycket angelägna medicinska problem fortsätter.



Målvärde 85%

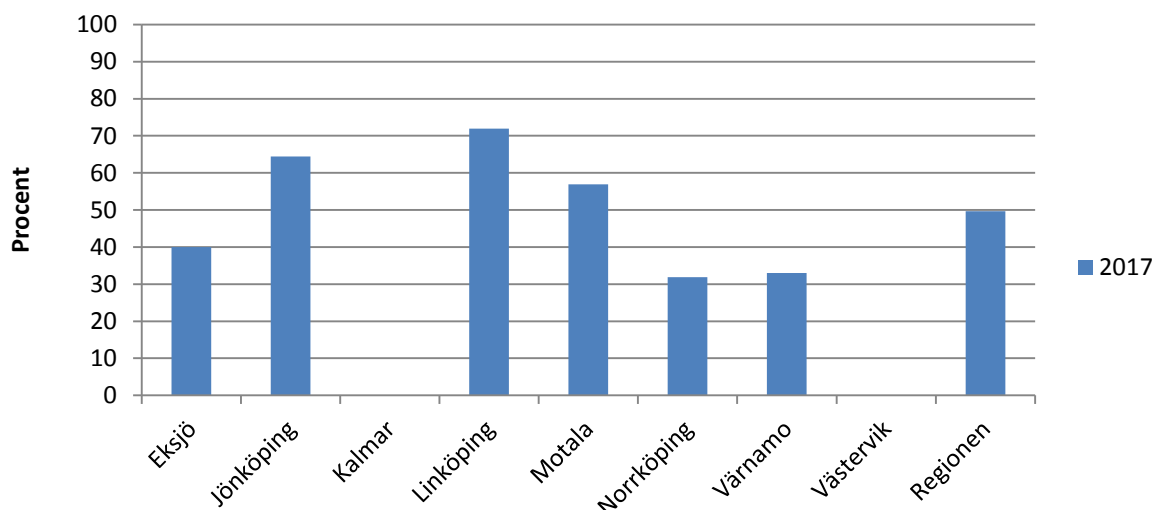
Källa: Graviditetsregistret manuellt inmatad data

Målsättningen för föräldrastöd under graviditeten är att främja barns hälsa och utveckling, stärka föräldrars förmåga att möta det väntade barnet samt förbereda såväl fysiskt som psykiskt inför förlossningen. Med strukturerat föräldrastöd avses en sammanhållen grupp som träffas vid ≥ 2 tillfällen. En av aktiviteterna kan vara deltagande i storgrupp/aulaföreläsning. I rapporten anges deltagande i temagrupp.

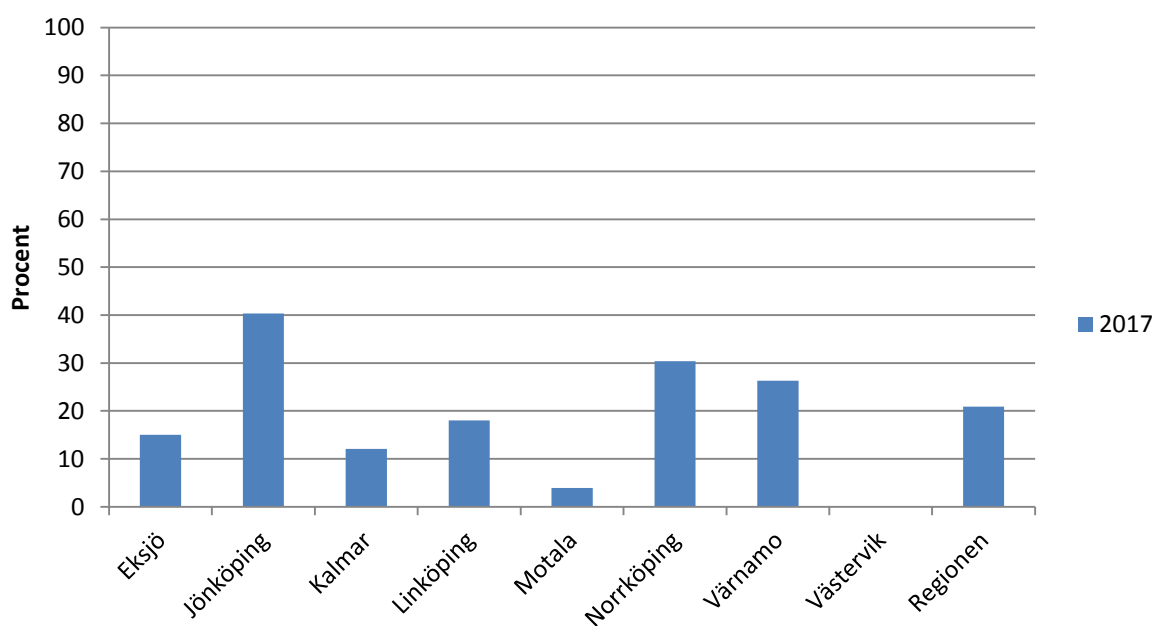
Inom regionen pågår förändringar i föräldrautbildningen för att utforma den efter enhetens behov och resurser. Genom förändring i föräldrastöd är målsättningen att deltagandet skall öka.

Inför nästkommande rapport kommer vi jämföra deltagande mellan individer med ursprung Sverige, övriga Europa respektive övriga världen.

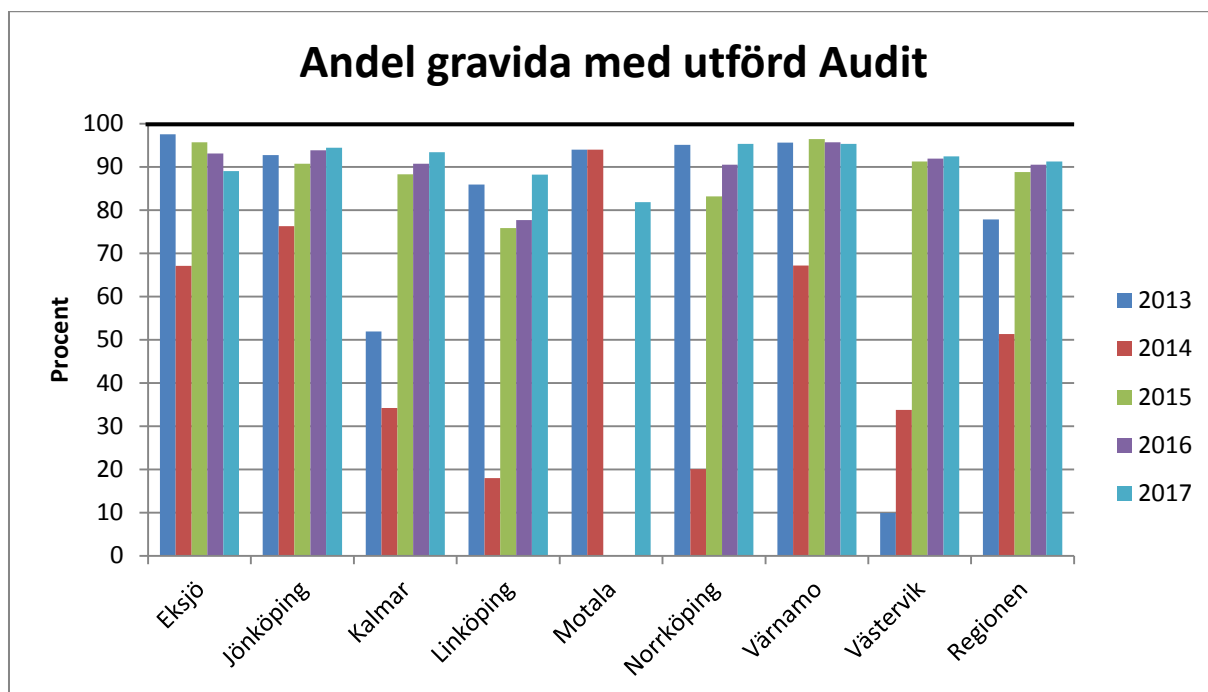
Andel förstföderskor som deltagit i strukturerat föräldrastöd, tematräff



Andel förstföderskor som deltagit i strukturerat föräldrastöd, mindre grupp



Andel som screenats för Audit



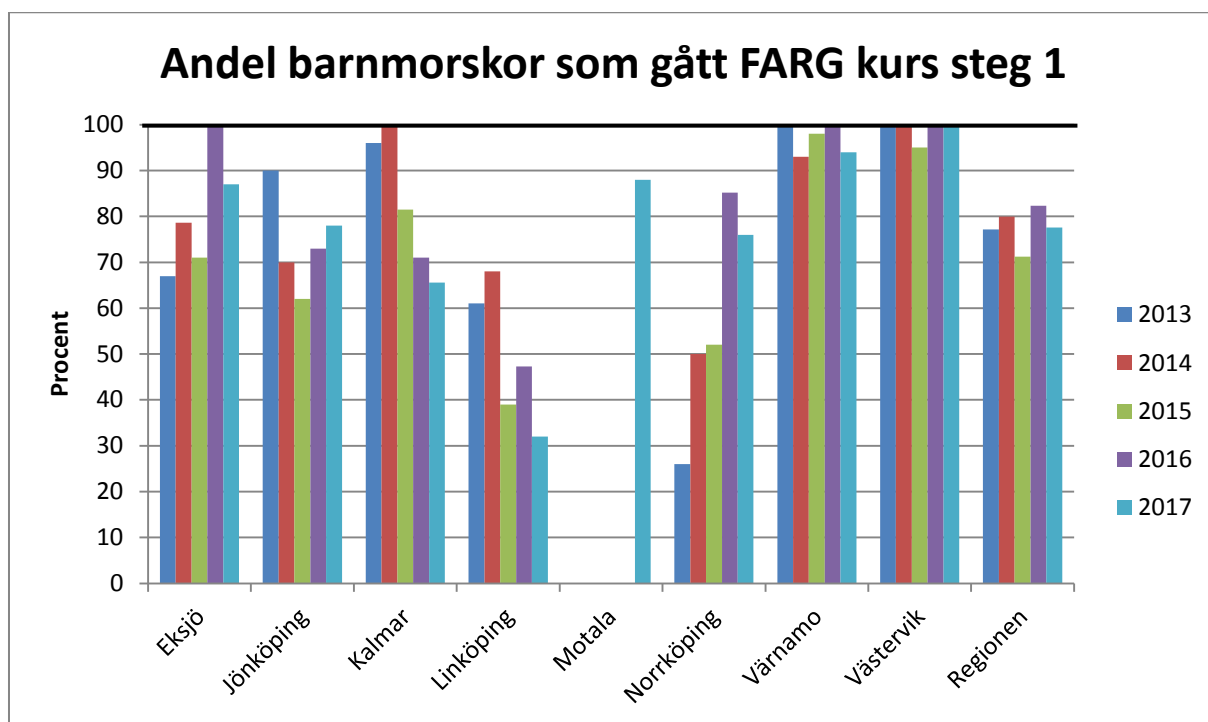
Målvärde 100%

Källa: Graviditetsregistret

AUDIT är en lämplig metod för screening och identifikation av riskbruk och gör det möjligt att identifiera de kvinnor som behöver extra stöd och hjälp under graviditeten avseende alkoholkonsumtion. Vi har bra siffror i regionen, och fortsätter att bevaka att AUDIT sker.

De år med lägre siffror har osäkra data, då det inte fanns tillgång till full registerdata

Familjeplanering



Mål 100 %. Mätt som genomgången FARG-kurs senaste 5 åren.

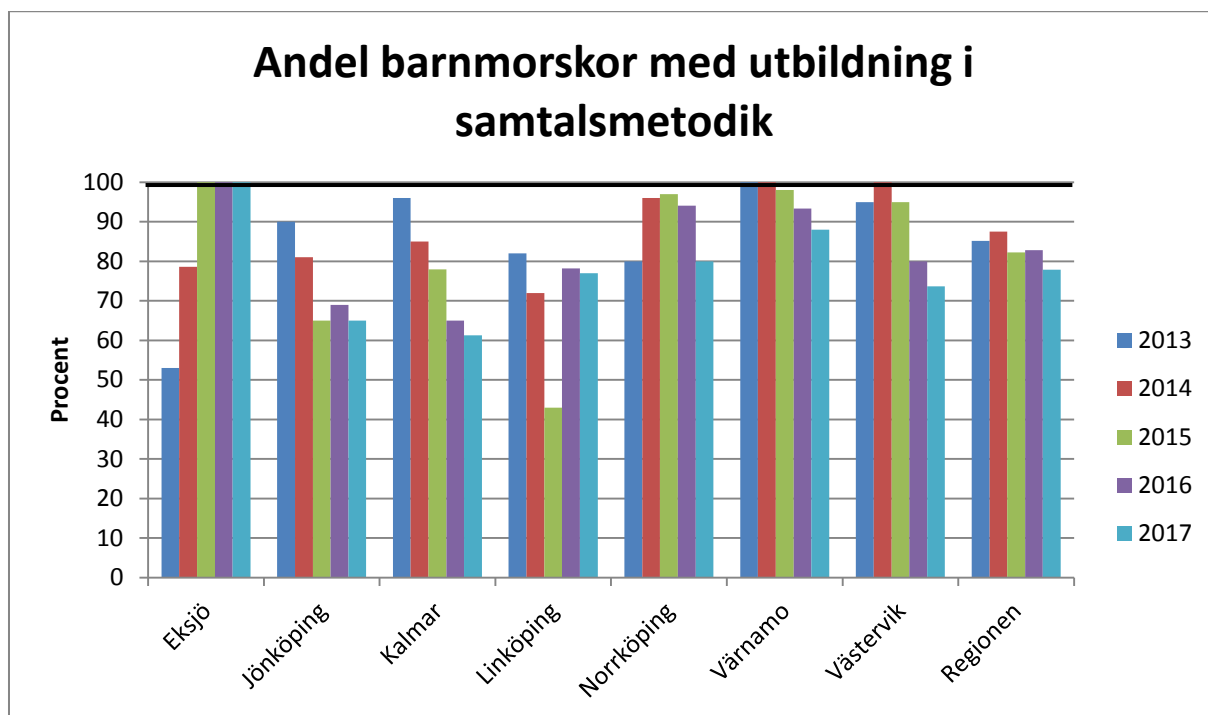
Källa: Lokal inrapportering av egna data

Genomgången FARG kurs används som mått på tillräcklig kunskap hos barnmorskor att ge rådgivning och förskriva preventivmedel.

2017 hade 78% (32-100%) av barnmorskorna i regionen aktuell FARG steg I. Det är en lägre utbildningsgrad än föregående år som till stor del förklaras av nyanställningar. Vi fortsätter bjuda in över länsgränserna då utbildningstillfällen ges, för att ytterligare höja kompetensen.

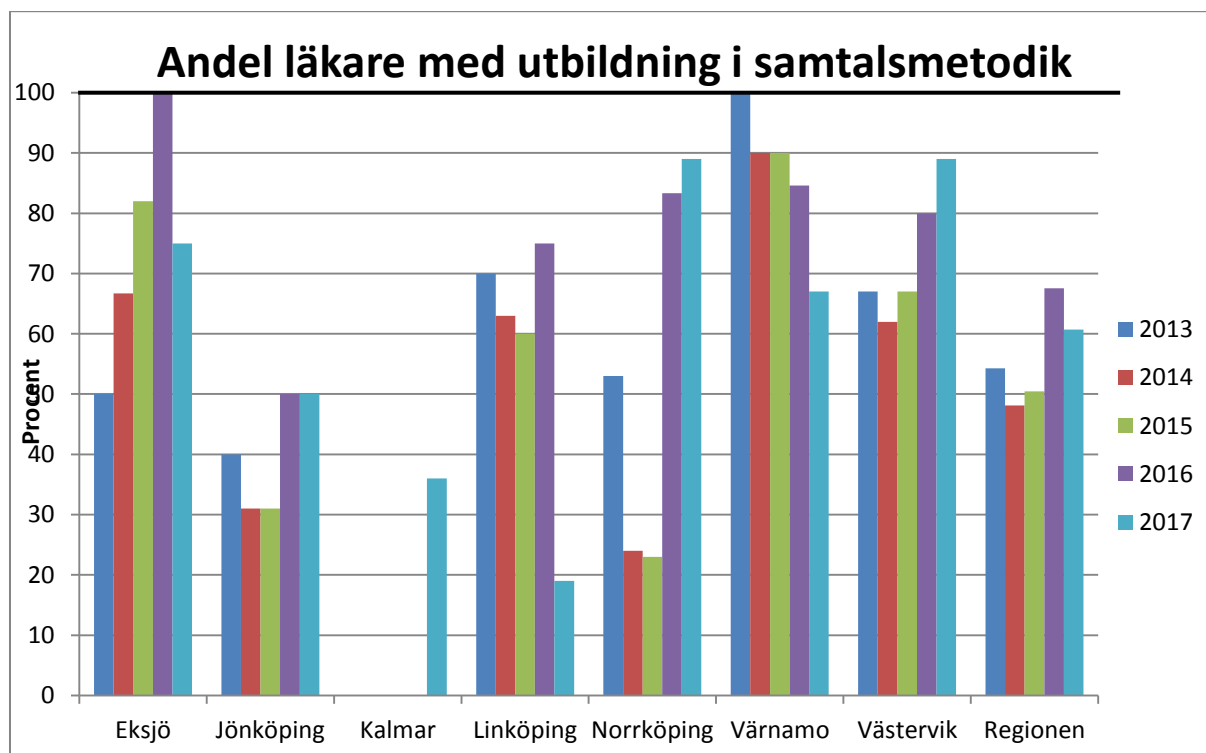
Ett ytterligare sätt att höja kunskapsnivån inom preventivmedelsrådgivning är att på barnmorskemottagningarna införa återkommande ”prevtest”, web-baserad nationell utbildning via SLL, och mäta andelen barnmorskor som årligen genomfört test. Kanske något till kommande årsrapport?

Ökad andel LARC-förskrivning (*Long Acting Reversible Contraceptives*) är fortsatt eftersträvaransvärt – även om vi inte funnit någon standardiserad mätmetod för detta, och har svårt att få fram data på LARC till rapporten.



Mål 100%.

Källa: Lokal inrapportering från respektive enhet



Mål 100%.

Källa: Lokal inrapportering från respektive enhet

”Motiverande samtal” (MI, evidensbaserad samtalsmetodik) används inom mödrahälsovården för att främja förändring i livsstil.

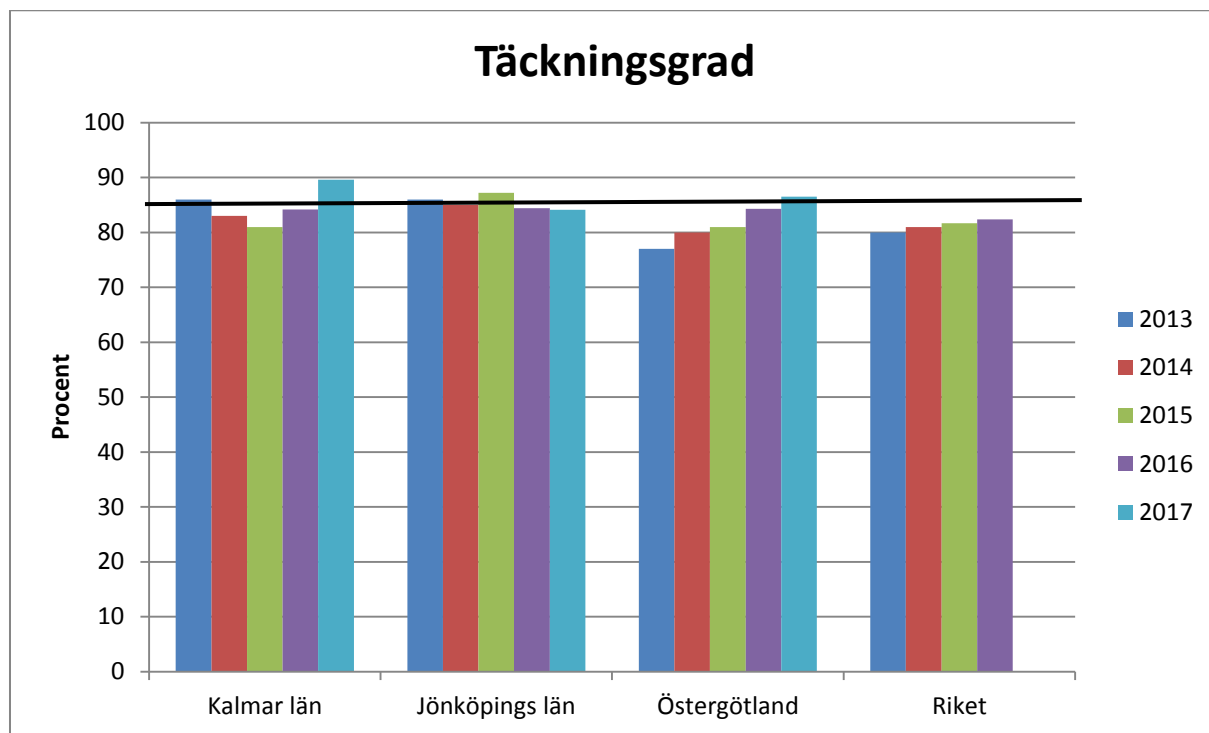
Vi anser det viktigt att alla barnmorskor och läkare som har MHV har MI. Egentligen helt oundgängligt i hela vårdkedjan. MHV bör förespråka detta, och verka för att utbildningsmöjligheter ges kontinuerligt.

I regionen har 78 % (61-100%) av barnmorskorna och 61% (19-89%) av läkare verksamma inom MHV aktuell utbildning i samtalsmetodik. Det är en minskning jämfört med föregående år, vilken till stor del förklaras av nyanställningar av såväl läkare som barnmorskor, eller avsaknad av upprepade utbildning

Där det är en ständig brist på MI-utbildade läkare är orsaken låg prioritet i verksamhetsledning, resurser och/eller kursutbud.

Vi fortsätter till kommande år mäta hur stor andel av barnmorskor och läkare som har nyligen genomgången grundutbildning eller upprepade utbildning (minst en halv dag) i samtalsmetodik de senaste fem åren.

Gynekologisk cellprovskontroll



Målvärde >85%

Källa NKCx statistik

Gynekologisk cellprovtagning (GCK) i organiserad form för att förebygga livmoderhalscancer och hitta dess förstadium pågår sedan ca 50 år tillbaka. Screeningprogrammet har förebyggt ca 2/3 av all presumtiv cervixcancer men sedan 2014 har förekomsten av cervixcancer ökat med ca 100 fall/år i Sverige. Att delta regelbundet i screeningprogrammet skyddar upp till 90% mot cervixcancer och deltagande efter kallelse är viktigt.

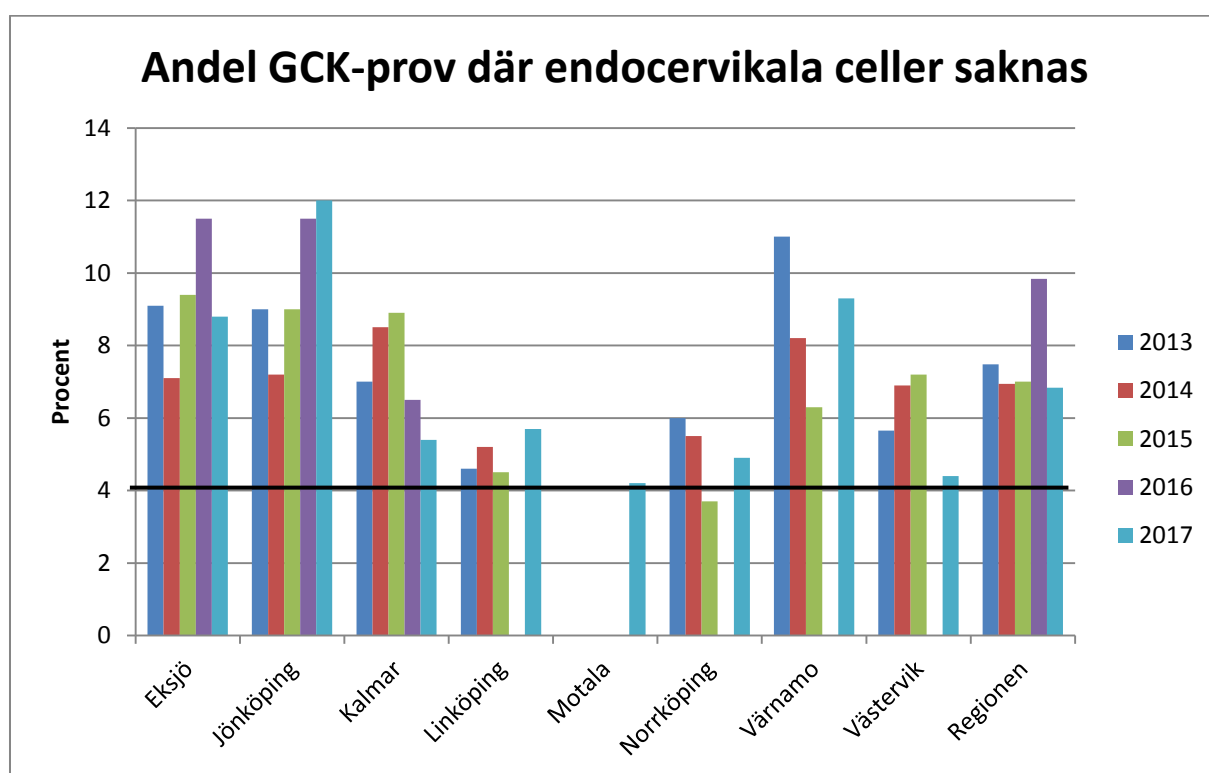
Täckningsgraden avspeglar deltagandet och effektiviteten i gynekologisk cellprovskontroll de senaste 3,5 åren för kvinnor 23-50 resp. senaste 5,5 åren för kvinnor 50-60år.

Täckningsgraden ändras långsamt även om deltagandet ändras det senaste året, eftersom flera års data inkluderas.

Sedan 2012 pågår ett regiongemensamt arbete inom ramen för regionalt cancercentrum (RCC). Ett nytt nationellt vårdprogram har fastslagits av RCC i samverkan och håller successivt på att införas i regionen. I vårdprogrammet som i vissa åldersgrupper innebär primär analys av humant papillomvirus (HPV) ingår även att erbjuda kompletterande provtagning samt att särskilt uppmärksamma uteblivarna. Via processregistret i det nationella kvalitetsregistret genereras årligen en kvalitetsrapport från vår region över flera kvalitetsparametrar denna hittas på www.cancercentrum.se.

Förbättringspotential:

Att uppmärksamma de församlingar/kommuner med låg täckningsgrad och analysera orsakerna till detsamma.



Målvärde < 4%

Källa: Data från Cytburken

Förekomst av endocervikala celler i ett cellprov från livmodertappen visar att provet är taget från rätt område. Låg andel prov med avsaknad av endocervikala celler är ett viktigt kvalitetsmått i screeningverksamheten.

Andel cellprov med avsaknad av endocervikala celler varierar i regionen mellan 4,2% och 12%. Genomsnitt i regionen 7,6%

Norrköping och Linköping använder annan analysmetod vilket troligen förklarar deras klart bättre resultat.

Förbättringspotential:

Utbildning av provtagande barnmorska är av yttersta vikt i samband med införandet av nya vårdprogrammet. Webbutbildning finns publicerad på RCC s hemsida.